

第2期保健事業実施計画
(データヘルス計画)

須坂市

平成30年3月

第2期保健事業実施計画(データヘルス計画)

もくじ

第1章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項	1
1 背景・目的	1
2 計画の位置づけ	2
3 計画期間	4
4 実施体制と関係機関の連携	4
5 保険者努力支援制度	5
第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における健康課題の明確化	8
1 第1期計画に係る評価及び考察	8
(1) 第1期計画に係る評価	8
(2) 第1期に係る考察	13
2 第2期計画における健康課題の明確化	13
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況	13
(2) 健診受診者の実態	16
(3) 糖尿病、血圧、LDLのコントロール状況	17
(4) 未受診者の把握	18
(5) 目標の設定	19
第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)	20
1 第3期特定健診等実施計画について	20
2 目標値の設定	20
3 対象者の見込み	20
4 特定健診の実施	20
5 特定保健指導の実施	23
6 個人情報の保護	26
7 結果の報告	26
8 特定健康診査等実施計画の公表・周知	26
第4章 保健事業の内容	27
1 保健事業の方向性	27
2 重症化予防の取組	27
(1) 糖尿病性腎症重症化予防	27
(2) 虚血性心疾患重症化予防	35
(3) 脳血管疾患重症化予防	38
3 ポピュレーションアプローチ	43
第5章 地域包括ケアに係る取組	44
第6章 計画の評価・見直し	45
第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い	46

第1章 保健事業実施計画（データヘルス計画）の基本的事項

1 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査（以下「特定健診等」という。）の実施や診療報酬明細書（以下「レセプト」という。）等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）（以下「保険者等」という。）が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成25年6月14日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成27年5月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成30年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針（厚生労働省告示）（以下「国指針」という。）の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）（以下「計画」という。）を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

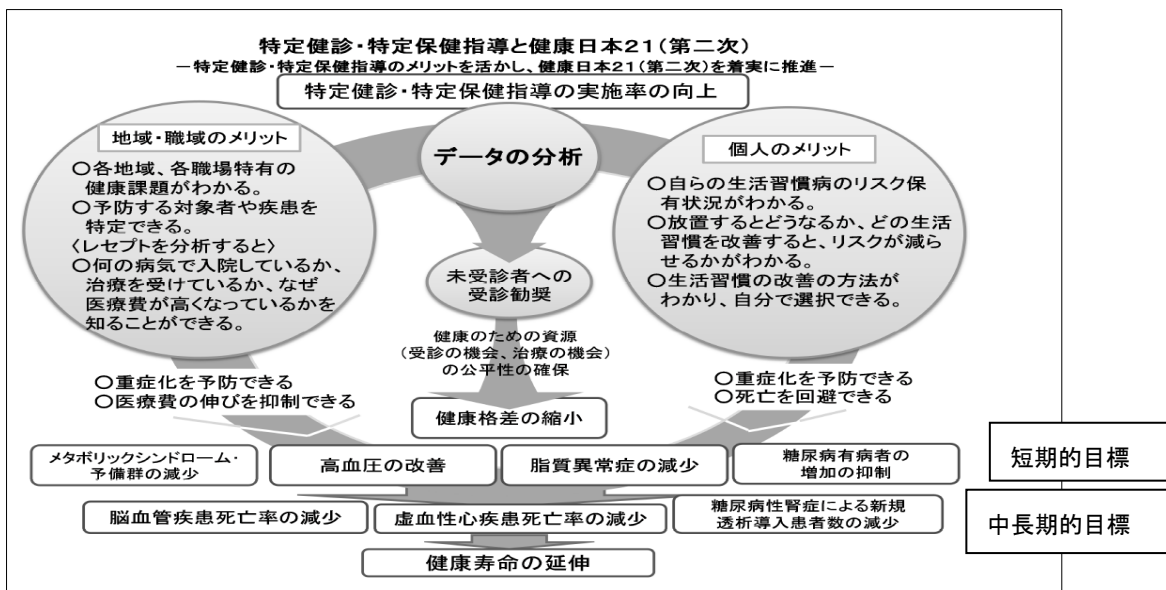
須崎市においては、国指針に基づき、「第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化を図られることを目的とする。

2 計画の位置付け

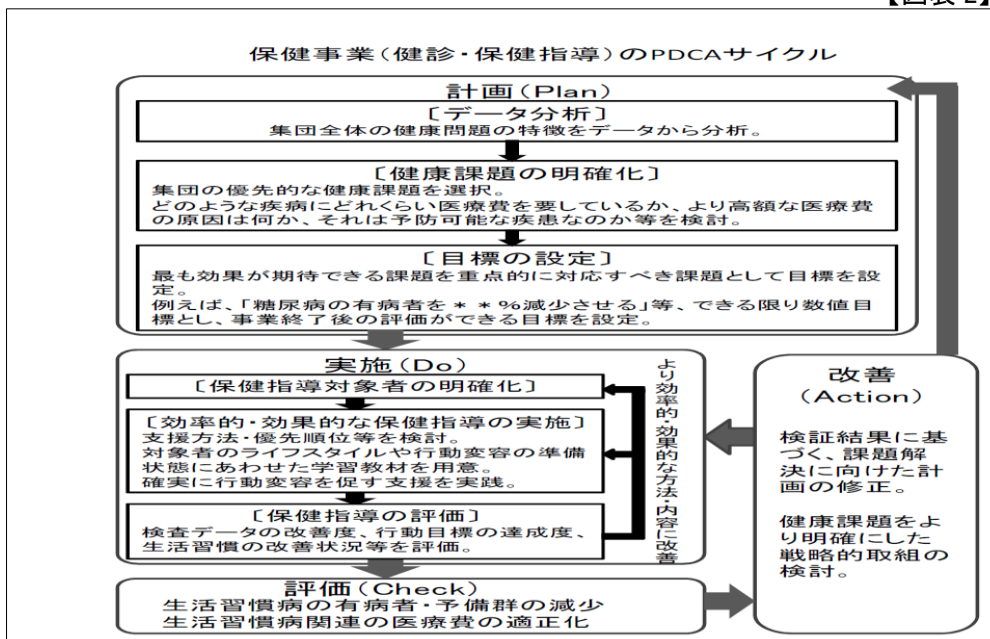
第2期保健事業実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。また須崎市特定健康診査等実施計画と一体的に策定する。

計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、信州保健医療総合計画や医療費適正化計画、須崎市健康づくり計画、須崎市介護保険事業計画などと調和を図るものとする。（図表1・2・3）

【図表1】



【図表2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

【図表 3】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条 健康増進事業実施者	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年6月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成29年3月 特定健康診査及び特定保健指導の適切 かつ有効な実施を図るための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年6月 「国民健康保険法に基づく保健事業の 実施等に関する指針の一部改正」	厚生労働省 老健局 平成29年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な指針	厚生労働省 保険局 平成28年3月 医療費適正化に関する施策 について基本指針【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成29年3月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第3期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県:義務、市町村:努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村:義務、都道府県:義務	都道府県:義務	都道府県:義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防 を図るとともに、社会生活を営むために必要な機 能の維持及び向上を目指し、その結果、 社会保障 制度が維持可能なもの となるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による糖尿病等の生活習慣病の予防 対策を進め、糖尿病等を予防することができれば、通院患 者を減らすことができ、さらには 重症化や合併症の発症を 抑え 、入院患者を減らすことができ、この結果、国民の生活 の質の維持および向上を図りながら 医療の伸びの抑制 を実現 することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化 を予防 することを目的として、 メタボリックシンドローム に着 目し、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るものを、的確に抽出するために行うものである。	生活習慣病対策をはじめとして、被保険者の 自主 的な健康増進及び疾病予防の取り組み について、 保 険者がその支援の中心 となって、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ効率的な保健事業を展開するこ とを目指すものである。 被保険者の健康の保持増進 により、 医療費の適正化 及び保険者の財政基盤強化 が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、 要介護状 態または要支援状態となることの予防 又は、 要介護 状態等の軽減 もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民皆保険を堅持 し続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費 が過度に増大しないようにしていくとともに、 良質 かつ適切な医療を効果的に提供する体制の確 保 を図っていく。	医療機能の分化・連携を推進することを 通じて、 地域において切れ目のない医療の 提供 を実現し、良質かつ適切な医療を効果 的に提供する体制の確保を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、青壮 年期、高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が最も高くなる時期に 高齢期を迎える現在の青年期・壮年期世 代、小児期からの生活習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40歳～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メンタルヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 脂質異常症 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 糖尿病性腎症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん末期 初老期の認知症、早老症 骨折・骨粗鬆症 パーキンソン病関連疾患 脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症 関節リウマチ、変形性関節症 多系統萎縮症、筋委縮性側索硬化症 後縦帯硬化症	メタボリックシンドローム 糖尿病 生活習慣病	糖尿病 心筋梗塞等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※53項目中 特定健診に関する項目15項目 ①脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率 ②合併症(糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数) ③治療継続者の割合 ④血糖コントロール指標におけるコントロール不良者 ⑤糖尿病有病者 ⑥特定健診・特定保健指導の実施率 ⑦メタボ予備群・メタボ該当者 ⑧高血圧⑨脂質異常症 ⑩適正体重を維持している者の増加(肥満、やせの減少) ⑪適切な料と質の食事をとる ⑫日常生活における歩数 ⑬運動習慣者の割合 ⑭成人の喫煙率 ⑮飲酒している者	①特定健診受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の質問票を参照する) ①食生活 ②日常生活における歩数 ③アルコール 摂取量 ④喫煙 (2)健康診査等の受診率 ①特定健診率 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病者・予備群 (3)医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外来 ①一人あたり外来医療費の地域差の縮減 ②特定健診・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボ該当者・予備群の減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病床機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて設定)
その他		保健事業支援・評価委員会(事務局:国保連合会)による計画作成支援			保険者協議会(事務局:国保連合会)を通じて、保険者との連携	

3 計画期間

計画の期間は平成 30 年度から平成 35 年度の 6 年間とする。計画期間については、保健事業実施指針第 4 の 5 において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成 30 年度から平成 35 年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図り 6 年間とした。

4 実施体制と関係機関の連携

(1) 実施体制

須坂市においては、健康づくり課が主体となりデータヘルス計画を策定する。住民の健康の保持増進には幅広い連携が求められるため、高齢者福祉課、福祉課とも連携し、一体となって計画策定を進めていく。

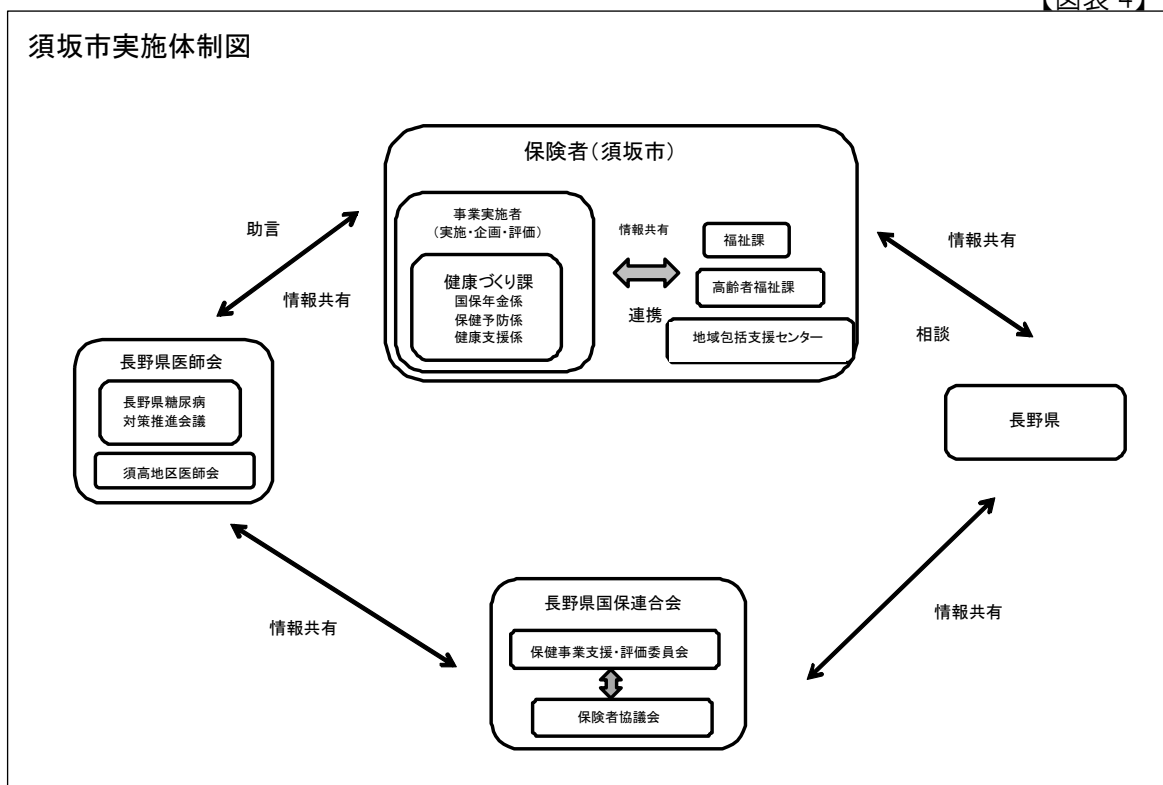
(2) 関係機関

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、須高医師会、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という）、長野県等との連携を図る。

(3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

【図表 4】



5 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、平成30年度より新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表5)

【図表5】

評価指標		H28	H29	H30
総得点(満点)		345	580	850
保険者共通 ①	特定健診受診率	20	35	50
	特定保健指導実施率	20	35	50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	20	35	50
保険者共通 ②	がん検診受診率	10	20	30
	歯周疾患(病)検診の実施	10	15	25
保険者共通 ③	糖尿病等の重症化予防の取組の実施状況	40	70	100
保険者共通 ④	個人へのインセンティブ提供	20	45	70
	個人への分かりやすい情報提供	20	15	25
保険者共通 ⑤	重複服薬者に対する取組	10	25	35
保険者共通 ⑥	後発医薬品の促進の取組	15	25	35
	後発医薬品の使用割合	15	30	40
国保固有 ①	収納率向上に関する取組の実施状況	40	70	100
国保固有 ②	データヘルス計画策定状況	10	30	40
国保固有 ③	医療費通知の取組の実施状況	10	15	25
国保固有 ④	地域包括ケアの推進の取組の実施状況	5	15	25
国保固有 ⑤	第三者求償の取組の実施状況	10	30	40
国保固有 ⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況			50
体制構築加点		70	70	60

国と県と同規模市と比べた須坂市の位置

(表 I)



・ 同規模平均と比較して課題となるもの
 ・ 比較値・参考値

項目		H25		H28		H28		H28		国		データ元 (CSV)			
		保険者		保険者		県		同規模平均		国					
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合				
人口構成	① 人口構成	総人口		51,722人		51,722		2,115,647		18,346,852		124,852,975		KDB NO.5 人口の状況 KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		65歳以上 (高齢化率)		13,743人	26.6%	13,743	26.6	567,919	26.8	4,430,444	24.1	29,020,766	23.2		
		75歳以上		6,945	13.4	6,945	13.4	303,854	14.4			13,989,864	11.2		
		65~74歳		6,798	13.1	6,798	13.1	264,065	12.5			15,030,902	12.0		
		40~64歳		17,492	33.8	17,492	33.8	701,088	33.1			42,411,922	34.0		
	39歳以下		20,487	39.6	20,487	39.6	846,640	40.0			53,420,287	42.8			
	② 産業構成	第1次産業(%)		12.1		12.1		9.8		6.1		4.2		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題	
		第2次産業		30.3		30.3		29.5		28.9		25.2			
		第3次産業		57.6		57.6		60.7		65.0		70.6			
	③ 平均寿命	男性 (歳)		80.2		80.2		80.9		79.6		79.6		KDB NO.1 地域全体像の把握	
女性		86.9		86.9		87.2		86.3		86.4					
④ 健康寿命	男性 (歳)		65.7		65.6		65.7		65.3		65.2		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	女性		67.7		67.7		67.2		66.8		66.8				
死亡の状況	① 死亡の状況	標準化死亡比 (SMR)		男性 90.8		96.9		90.3		100.0		100		KDB NO.1 地域全体像の把握	
				女性 96.2		97.9		94.5		100.9		100			
		死因	がん		171人	46.1%	172	49.6	6,285	44.7	54,818	48.1	367,905		49.6
			心臓病		97	26.1	102	29.4	3,777	26.9	30,930	27.1	196,768		26.5
			脳疾患		76	20.5	49	14.1	2,908	20.7	18,797	16.5	114,122		15.4
			糖尿病		4	1.1	6	1.7	270	1.9	2,153	1.9	13,658		1.8
	腎不全		12	3.2	9	2.6	370	2.6	3,750	3.3	24,763	3.3			
	自殺		11	3	9	2.6	436	3.1	3,547	3.1	24,294	3.3			
	② 早世予防からみた死亡 (65歳未満)	合計		69人 12.1%		40 6.8		2002 8				136944 10.4		厚労省HP 人口動態調査	
		男性		52 17.5		27 9.1		1313 10.4				91123 13.5			
女性		17 6.2		13 4.5		689 5.5				45821 7.2					
介護保険の状況	① 介護保険	1号認定者数 (認定率)		2,089人 15.1%		2,169 15.8		111,462 19.7		891,869 20.2		5,885,270 21.2		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		新規認定者		33 0.2		41 0.2		1,767 0.3		15,306 0.3		105,636 0.3			
		2号認定者		38 0.2		38 0.2		2,068 0.3		21,986 0.4		151,813 0.4			
	② 介護認定者の有病状況	糖尿病		434	20.9	509	23.2	23,930	20.8	203,882	22.0	1,350,152	22.1		
		高血圧症		1140	53.1	1223	55.2	62,279	54.1	479,210	51.8	3,101,200	50.9		
		脂質異常症		459	20.6	487	21.5	31,038	26.7	256,268	27.6	1,741,866	28.4		
		心臓病		1280	59.9	1361	61.5	71,424	62.1	546,239	59.2	3,529,682	58.0		
		脳疾患		592	27.7	595	25.7	33,027	28.9	239,587	26.2	1,538,683	25.5		
		がん		193	8.3	203	9.0	12,106	10.5	93,015	10.0	631,950	10.3		
		筋・骨格		1004	47.1	1148	50.8	61,749	53.7	469,492	50.8	3,067,196	50.3		
精神		791	36.0	869	38.3	42,134	36.4	331,335	35.6	2,154,214	35.2				
③ 介護給付費	1件当たり給付費 (全体)		63,231円/月		61,698		58,547		61,245		58,284		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	居宅サービス		40,704		39,660		38,590		40,247		39,662				
	施設サービス		273,738		269,566		272,580		278,147		281,186				
④ 医療費等	要介護認定別医療費 (40歳以上)		認定あり 6,897円/月		7,662		7,747		8,027		7,980		KDB NO.1 地域全体像の把握		
	認定なし		3,325		3,459		3,666		3,808		3,816				
医療保険の状況	① 国保の状況	被保険者数		13,708人		12,362		540,810		4,516,800		32,587,866		KDB NO.1 地域全体像の把握	
		65~74歳		5,507人	40.2%	5,783	46.8	229,556	42.4			12,461,613	38.2		
		40~64歳		4,753	34.7	3,875	31.3	176,381	32.6			10,946,712	33.6		
	39歳以下		3,448	25.2	2,704	21.9	134,873	24.9			9,179,541	28.2			
	加入率		26.5%		23.9		25.6		24.7		26.9				
	② 医療の概況 (人口千対)	病院数		2件 0.1		2 0.2		131 0.2		1257 0.3		8,255 0.3		KDB NO.5 被保険者の状況	
		診療所数		41件 3.0		41 3.3		1,561 2.9		12,813 2.8		96,727 3.0			
		病床数		435床 31.7		437 35.4		24,190 44.7		227,288 50.3		1,524,378 46.8			
		医師数		93人 6.8		84 6.8		4,786 8.8		33,690 7.5		299,792 9.2			
		外来患者数		725.1		758.7		668.8		688.2		668.1			
入院患者数		18.6		19.3		17.7		19.8		18.2					
③ 医療費の状況	一人当たり医療費		24,027円/月 県内21位 同規模115位		26,140 県内18位 同規模110位		24,015		25,581		24,245		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域の健康課題 KDB NO.1 地域全体像の把握		
	受診率		743.792		778.011		686.489		707.975		686.286				
	外来費用の割合		61.0		61.2		60.9		59.3		60.1				
	入院費用の割合		39.0		38.8		39.1		40.7		39.9				
	1件あたり在院日数		15.1日		15.8日		15.1日		16.2日		15.6日				
	新生物		23.2		25.4		24.8		25.0		25.6				
	慢性腎不全 (透析あり)		10.3		11.2		9.5		9.5		9.7				
④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療資源傷病名 (調剤含む)	糖尿病		10.9		10.2		10.0		10.1		9.7		KDB NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
	高血圧症		12.1		8.9		8.8		8.9		8.6				
	精神		16.2		16.7		17.7		17.6		16.9				
	筋・骨疾患		13.1		16.0		15.7		14.9		15.2				

項目		H25			H28			H28				データ元 (CSV)					
		保険者			保険者			県		同規模平均			国				
医療保険の状況	⑤	費用額 (1件あたり)	入院 県内順位 順位総数79	糖尿病	565,631円	48位	(16)	589,829	32位	(16)					KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域		
				高血圧	578,241	47位	(15)	644,650	28位	(14)							
				脂質異常症	524,776	47位	(17)	578,227	35位	(18)							
				脳血管疾患	578,244	65位	(18)	705,753	29位	(18)							
				心疾患	670,275	44位	(12)	711,170	31位	(14)							
				腎不全	753,247	32位	(14)	844,500	15位	(16)							
				精神	408,540	59位	(25)	454,357	53位	(25)							
				悪性新生物	624,163	30位	(13)	641,773	33位	(12)							
				外来	糖尿病	32,560円	53位		32,028	54位							
					高血圧	26,601	55位		26,637	53位							
					脂質異常症	24,945	46位		23,794	59位							
					脳血管疾患	32,282	60位		34,142	45位							
					心疾患	34,698	48位		32,812	61位							
					腎不全	177,124	35位		177,076	30位							
	精神	25,982	66位			28,537	40位										
	悪性新生物	47,591	42位		49,508	48位											
	⑥	健診有無別 一人当たり 点数	健診対象者 一人当たり	健診受診者	5,199点			4,846		4,133		2,775		2,346		KDB_NO.3 健診・医療・介護 データからみる地 域	
				健診未受診者	8,610			9,126		10,132		12,265		12,339			
			生活習慣病対象者 一人当たり	健診受診者	12,819			12,064		11,509		7,618		6,742			
健診未受診者				21,228			22,719		28,217		33,667		35,459				
⑦	健診・レセ 突合	受診勧奨者	2,478人	56.3%	2,472	56.6	92,792	53.4	692,271	55.8	4,427,360	56.1	KDB_NO.1 地域全体像の把握				
		医療機関受診率	2,337	53.1	2,322	53.1	85,477	49.2	639,185	51.6	4,069,618	51.5					
		医療機関非受診率	141	3.2	150	3.4	7,315	4.2	53,086	4.3	357,742	4.5					
特定健診の状況	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱	特定健診の 状況 県内順位 順位総数79	メタボ 該当・予 備群レ ベル	健診受診者	4,401人			4,369		173,700		1,239,776		7,898,427		法定報告値 KDB_NO.3 健診・医療・ 介護データから みる地域の 健康課題 KDB_NO.1 地域全体像の 把握	
				受診率	46.3%	県内42位 同規模39位	49.3	県内43位 同規模31位	46.5	全国2位	39.5	36.4					
				特定保健指導終了者(実施率)	227人	50.4%	237	50.7	9,388	50.0							
				非肥満高血糖	312	7.1	319	7.3	17,859	10.3	123,451	10.0	737,886	9.3			
				メタボ	該当者	718	16.3	783	17.9	28,075	16.2	217,023	17.5	1,365,855	17.3		
					男性	483	26.0	505	27.4	19,933	25.3	147,338	27.5	940,335	27.5		
					女性	235	9.2	278	11.0	8,142	8.6	69,685	9.9	425,520	9.5		
					予備群	477	10.8	541	12.4	17,026	9.8	133,280	10.8	847,733	10.7		
				腹囲	男性	311	16.8	362	19.6	12,313	15.6	91,585	17.1	588,308	17.2		
					女性	166	6.5	179	7.1	4,713	5.0	41,695	5.9	259,425	5.8		
					総数	1,345	30.6	1,471	33.7	51,067	29.4	392,620	31.7	2,490,581	31.5		
					男性	901	48.6	962	52.2	36,456	46.3	266,875	49.7	1,714,251	50.2		
				BMI	女性	444	17.4	509	20.2	14,611	15.4	125,745	17.9	776,330	17.3		
					総数	216	4.9	187	4.3	8,022	4.6	59,011	4.8	372,685	4.7		
					男性	37	2.0	22	1.2	1,383	1.8	8,804	1.6	59,615	1.7		
					女性	179	7.0	165	6.5	6,639	7.0	50,207	7.1	313,070	7.0		
				血糖のみ	21	0.5	21	0.5	1,191	0.7	8,516	0.7	52,296	0.7			
				血圧のみ	350	8.0	398	9.1	11,167	6.4	92,153	7.4	587,214	7.4			
				脂質のみ	106	2.4	122	2.8	4,668	2.7	32,611	2.6	208,214	2.6			
血糖・血圧	124	2.8	124	2.8	4,337	2.5	34,257	2.8	212,002	2.7							
血糖・脂質	29	0.7	27	0.6	1,828	1.1	12,318	1.0	75,032	0.9							
血圧・脂質	394	9.0	431	9.9	13,135	7.6	104,384	8.4	663,512	8.4							
血糖・血圧・脂質	171	3.9	201	4.6	8,775	5.1	66,064	5.3	415,310	5.3							
生活習慣の状況	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰	生活習慣の 状況	服薬	1,690	38.4	1,661	38.0	57,994	33.4	425,898	34.4	2,650,283	33.6	KDB_NO.1 地域全体像の把握			
			既往歴	356	8.1	367	8.4	13,400	7.7	96,501	7.8	589,711	7.5				
			喫煙	928	21.1	1,030	23.6	40,689	23.4	296,409	23.9	1,861,221	23.6				
			週3回以上朝食を抜く	154	3.8	158	3.9	5,005	3.1	38,719	3.3	246,252	3.3				
			週3回以上食後間食	212	5.2	205	5.1	10,576	6.5	69,715	5.9	417,378	5.5				
			週3回以上就寝前夕食	11	0.3	13	0.3	935	0.6	7,694	0.6	39,184	0.5				
			食べる速度が速い	519	12.7	460	11.4	12,257	7.6	119,794	10.1	761,573	10.2				
			20歳時体重から10kg以上増加	504	11.5	519	11.9	23,063	13.3	163,058	13.2	1,122,649	14.2				
			1回30分以上運動習慣なし	1,308	32.0	1,302	32.2	43,857	29.1	335,672	31.7	2,192,264	32.1				
			1日1時間以上運動なし	2,525	61.7	2,505	62.0	96,372	64.0	622,490	58.4	4,026,105	58.8				
			睡眠不足	1,868	45.8	1,938	47.9	69,243	45.9	475,229	44.6	3,209,187	47.0				
			毎日飲酒	2,001	49.2	2,027	50.4	73,181	50.9	530,124	51.1	3,387,102	50.3				
			時々飲酒	743	18.2	714	17.7	26,938	17.9	196,010	18.7	1,321,337	19.5				
			一日飲酒量	1合未満	967	23.6	993	24.5	36,724	25.5	261,903	25.1	1,755,597		26.0		
				1~2合	2,817	68.8	2,721	67.1	95,513	66.3	692,936	66.5	4,425,971		65.6		
				2~3合	311	7.6	340	8.4	11,888	8.2	86,691	8.3	567,502		8.4		
				3合以上	618	15.1	610	15.1	21,566	15.0	153,932	14.5	1,054,516		15.5		

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1 第1期計画に係る評価及び考察

(1) 第1期計画に係る評価

1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の死亡状況を比較すると、標準化死亡比（SMR）は高くなっていたが、国・同規模平均より低くなっている（表I）。死因別に見ると心臓病・糖尿病による死亡割合は増加しており、脳疾患は減少していた。早世予防からみた死亡（65歳未満）の割合は減少した。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護保険1号認定率の上昇がみられたが、40～64歳の2号認定率は維持、介護給付費も減少していた。

また、医療費では、透析を実施している慢性腎不全の増加や糖尿病や脳血管疾患、腎不全の入院医療費が大きく伸びている。特定健診の状況では、メタボリックシンドロームおよびその予備群の割合も増加しており、脳血管疾患、心疾患、慢性腎臓病などの予防のためには、健診受診率の向上、効果的な保健指導の実施、医療機関との連携を通じた効果的な治療などが求められている。

2) 中長期目標の達成状況

①介護給付費の状況（図表6）

1件あたりの給付費は減少しているが、介護認定者数の増加に伴い、介護給付費は増加していた。

【図表6】

年度	須坂市				同規模平均		
	介護給付費(円)	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス	1件当たり給付費(全体)	居宅サービス	施設サービス
H25年度	34億5097万	63,317	40,859	273,767	63,801	40,998	284,022
H28年度	36億5643万	61,698	39,660	269,556	61,236	40,245	278,146

出典：KDB 「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」「市区町村別データ」

※国保データベースシステム（KDB）システム・・・国保連合会が各種業務を通じて管理する給付情報（健診・医療・介護）および、「個人の健康に関するデータ」を作成し、提供するもの

※同規模保険者・・・人口5万人以上～10万人未満で区分された保険者。全国で269市が該当。長野県内では須坂市を含め、岡谷市、諏訪市、伊那市、茅野市、塩尻市、佐久市、千曲市、安曇野市の9市が同規模区分に該当。

②医療費の状況（図表 7）

総医療費は被保険者数の減少に伴い、入院、入院外ともに減っている。一人当たり医療費の伸び率を同規模と比較すると須坂市は入院費用、入院外費用はそれぞれ、ほぼ同程度の伸び率を示していることがわかった。増減の伸び率では同規模と比較して、減少率が低かった。

医療費の状況

【図表 7】

項目	全体				入院				入院外				
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		
			市	同規模			市	同規模			市	同規模	
総医療費(円)	H25年度	39億8,830万円				15億5,348万円				24億3,482万円			
	H28年度	39億5,752万円	△3,078万円	-0.77%	-3.3%	15億3,711万円	△1,637万円	-1.05%	-3.78%	24億2,041万円	△1,441万円	-0.59%	-2.98%
一人当たり	H25年度	24,027円				9,359円				14,668円			
	H28年度	26,140円	2,113円	8.8%	9.0%	10,153円	794円	8.48%	8.75%	15,987円	1,319円	8.99%	9.20%

出典：KDB「市町村別データ」「健診・医療・介護データから見る地域の健康課題」

「同規模保険者比較」「地域の全体像の把握」

③医療費総額に占める中長期的疾患及び短期的な疾患の状況（図表 8）

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に係る医療費計では、減少しているが疾患別にみると脳血管疾患、虚血性心疾患に係る医療費は減少しているものの慢性腎不全(透析有)に係る費用が増加している。

短期的な目標疾患である糖尿病、高血圧の総医療費に占める割合は平成 25 年度より低下しているが、県、国と比べても高い状態であった。

計画の目標となる疾患が医療費に占める割合（平成 25 年度と平成 28 年度の比較）

【図表 8-1】

市町村名	総医療費	※一人当たり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患				
		金額	順位		腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症	
			同規模	県内	慢性腎不全(透析有)	慢性腎不全(透析無)	脳梗塞 脳出血	狭心症 心筋梗塞				
H25	須坂市	39億8,830万円	24,027円			6.01%	1.09%	2.62%	1.85%	6.36%	7.11%	2.29%
H28	須坂市	39億5,752万円	26,140円	110位	18位	6.50%	0.78%	1.93%	1.50%	5.91%	5.15%	2.23%
H28	長野県	1,596億円	24,014円	—	—	5.43%	0.34%	2.43%	2.04%	5.72%	5.01%	2.91%
	国	9兆6,770億円	24,253円	—	—	5.40%	0.35%	2.22%	1.76%	5.40%	4.75%	2.95%

※一人当たり医療費・・・一人当たりの一カ月平均医療費

【図表 8-2】

市町村名		総医療費	(中長期・短期) 目標疾患医療費計			新生物	精神 疾患	筋・ 骨疾患
H25	須坂市	39億8,830万円	10億897万円	27.32%	13.60%	9.45%	7.67%	
H28		39億5,752万円	9億5,005万円	24.01%	14.68%	9.62%	9.22%	
H28	長野県	1,596億円	377億円	23.60%	14.18%	10.12%	8.97%	
	国	9兆6,770億円	2兆2,371億円	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%	

出典：KDB

④中長期的な疾患（図表 9）

虚血性心疾患・脳血管疾患の割合は平成 25 年度と比べて同じ状況であった。両疾患患者のうち糖尿病、脂質異常を持つ人の割合が高くなっている。

人工透析を含む慢性腎不全の割合が増加していた。人工透析患者のうち高血圧、糖尿病、脂質異常を持つ人の割合がいずれも高くなっている。

【図表 9】

厚労省様式 様式3-5			中長期的な目標						短期的な目標					
			虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数												
H25	全体	13,937	526	3.8%	93	17.7%	15	2.9%	405	77.0%	260	49.4%	318	60.5%
	64歳以下	8,606	123	1.4%	21	17.1%	6	4.9%	88	71.5%	53	43.1%	68	55.3%
	65歳以上	5,331	403	7.6%	72	17.9%	9	2.2%	317	78.7%	207	51.4%	250	62.0%
H28	全体	12,871	494	3.8%	87	17.6%	13	2.6%	376	76.1%	271	54.9%	327	66.2%
	64歳以下	7,041	105	1.5%	18	17.1%	5	4.8%	75	71.4%	55	52.4%	63	60.0%
	65歳以上	5,830	389	6.7%	69	17.7%	8	2.1%	301	77.4%	216	55.5%	264	67.9%

厚労省様式 様式3-6			中長期的な目標						短期的な目標					
			脳血管疾患		虚血性心疾患		人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数												
H25	全体	13,937	555	4.0%	93	16.8%	9	1.6%	412	74.2%	222	40.0%	298	53.7%
	64歳以下	8,606	134	1.6%	21	15.7%	5	3.7%	89	66.4%	54	40.3%	58	43.3%
	65歳以上	5,331	421	7.9%	72	17.1%	4	1.0%	323	76.7%	168	39.9%	240	57.0%
H28	全体	12,871	524	4.1%	87	16.6%	12	2.3%	395	75.4%	240	45.8%	315	60.1%
	64歳以下	7,041	102	1.4%	18	17.6%	3	2.9%	73	71.6%	56	54.9%	61	59.8%
	65歳以上	5,830	422	7.2%	69	16.4%	9	2.1%	322	76.3%	184	43.6%	254	60.2%

厚労省様式 様式3-7			中長期的な目標						短期的な目標					
			人工透析		脳血管疾患		虚血性心疾患		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数												
H25	全体	13,937	45	0.3%	9	20.0%	15	33.3%	34	75.6%	19	42.2%	14	31.1%
	64歳以下	8,606	24	0.3%	5	20.8%	6	25.0%	19	79.2%	10	41.7%	5	20.8%
	65歳以上	5,331	21	0.4%	4	19.0%	9	42.9%	15	71.4%	9	42.9%	9	42.9%
H28	全体	12,871	53	0.4%	12	22.6%	13	24.5%	47	88.7%	25	47.2%	19	35.8%
	64歳以下	7,041	26	0.4%	3	11.5%	5	19.2%	22	84.6%	12	46.2%	9	34.6%
	65歳以上	5,830	27	0.5%	9	33.3%	8	29.6%	25	92.6%	13	48.1%	10	37.0%

出典：KDB

3) 短期目標の達成状況

ア) 共通リスク(様式3-2~3-4)(図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである糖尿病、高血圧、脂質異常の治療状況を見ると、糖尿病治療者は増加し、人工透析、糖尿病性腎症の割合も増加していることから重症化したと推測される。また、高血圧治療者の割合はほとんど変わらない。心疾患、脳血管疾患の割合はほぼ横ばいの状況であるが、人工透析の割合が増加している。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標										中長期的な目標							
		被保険者数		糖尿病		インスリン療法		高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13937	1506	10.8%	155	10.3%	1035	68.7%	869	57.7%	260	17.3%	222	14.7%	19	1.3%	118	7.8%	
	64歳以下	8606	499	5.8%	69	13.8%	298	59.7%	278	55.7%	53	10.6%	54	10.8%	10	2.0%	43	8.6%	
	65歳以上	5331	1007	18.9%	86	8.5%	737	73.2%	591	58.7%	207	20.6%	168	16.7%	9	0.9%	75	7.4%	
H28	全体	12871	1537	11.9%	151	9.8%	1069	69.6%	936	60.9%	271	17.6%	240	15.6%	25	1.6%	149	9.7%	
	64歳以下	7041	381	5.4%	45	11.8%	227	59.6%	228	59.8%	55	14.4%	56	14.7%	12	3.1%	49	12.9%	
	65歳以上	5830	1156	19.8%	106	9.2%	842	72.8%	708	61.2%	216	18.7%	184	15.9%	13	1.1%	100	8.7%	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13937	3044	21.8%	1035	34.0%	1404	46.1%	405	13.3%	412	13.5%	34	1.1%	
	64歳以下	8606	918	10.7%	298	32.5%	379	41.3%	88	9.6%	89	9.7%	19	2.1%	
	65歳以上	5331	2126	39.9%	737	34.7%	1025	48.2%	317	14.9%	323	15.2%	15	0.7%	
H28	全体	12871	2893	22.5%	1069	37.0%	1463	50.6%	376	13.0%	395	13.7%	47	1.6%	
	64歳以下	7041	682	9.7%	227	33.3%	312	45.7%	75	11.0%	73	10.7%	22	3.2%	
	65歳以上	5830	2211	37.9%	842	38.1%	1151	52.1%	301	13.6%	322	14.6%	25	1.1%	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標						中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症		糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	13937	2104	15.1%	869	41.3%	1404	66.7%	318	15.1%	298	14.2%	14	0.7%	
	64歳以下	8606	692	8.0%	278	40.2%	379	54.8%	68	9.8%	58	8.4%	5	0.7%	
	65歳以上	5331	1412	26.5%	591	41.9%	1025	72.6%	250	17.7%	240	17.0%	9	0.6%	
H28	全体	12871	2170	16.9%	936	43.1%	1463	67.4%	327	15.1%	315	14.5%	19	0.9%	
	64歳以下	7041	572	8.1%	228	39.9%	312	54.5%	63	11.0%	61	10.7%	9	1.6%	
	65歳以上	5830	1598	27.4%	708	44.3%	1151	72.0%	264	16.5%	254	15.9%	10	0.6%	

出典：KDB

イ) リスクの健診結果経年変化 (図表 11)

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにメタボ予備群、該当者の割合が増加していることがわかった。男性の予備群では高血糖、高血圧、脂質の割合が高くなっている。女性は全体的に上昇傾向を示しており、男女ともに内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖、高血圧、脂質異常症予防が求められる。

【図表 11】

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目すべて					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	1859	40.4%	107	5.8%	311	16.7%	16	0.9%	225	12.1%	70	3.8%	483	26.0%	87	4.7%	25	1.3%	257	13.8%	114	6.1%
	H25 40-64	568	27.1%	43	7.6%	98	17.3%	4	0.7%	62	10.9%	32	5.6%	132	23.2%	24	4.2%	7	1.2%	76	13.4%	25	4.4%
	65-74	1291	51.5%	64	5.0%	21	1.6%	12	0.9%	163	12.6%	38	2.9%	351	27.2%	63	4.9%	18	1.4%	181	14.0%	89	6.9%
女性	合計	1845	43.7%	95	5.1%	362	19.6%	15	0.8%	262	14.2%	85	4.6%	505	27.4%	85	4.6%	20	1.1%	271	14.7%	129	7.0%
	H25 40-64	482	29.2%	29	6.0%	94	19.5%	2	0.4%	60	12.4%	32	6.6%	114	23.7%	12	2.5%	7	1.5%	65	13.5%	30	6.2%
	65-74	1363	53.0%	66	4.8%	268	19.7%	13	1.0%	202	14.8%	53	3.9%	391	28.7%	73	5.4%	13	1.0%	206	15.1%	99	7.3%

性別	項目	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
						高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目すべて					
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	2545	50.8%	43	1.7%	166	6.5%	5	0.2%	125	4.9%	36	1.4%	235	9.2%	37	1.5%	4	0.2%	137	5.4%	57	2.2%
	H25 40-64	869	39.9%	25	2.9%	60	6.9%	2	0.2%	38	4.4%	20	2.3%	59	6.8%	9	1.0%	1	0.1%	37	4.3%	12	1.4%
	65-74	1676	59.2%	18	1.1%	106	6.3%	3	0.2%	87	5.2%	16	1.0%	176	10.5%	28	1.7%	3	0.2%	100	6.0%	45	2.7%
女性	合計	2526	54.3%	52	2.1%	179	7.1%	6	0.2%	136	5.4%	37	1.5%	278	11.0%	39	1.5%	7	0.3%	160	6.3%	72	2.9%
	H25 40-64	710	41.4%	22	3.1%	54	7.6%	2	0.3%	35	4.9%	17	2.4%	54	7.6%	6	0.8%	3	0.4%	31	4.4%	14	2.0%
	65-74	1816	61.8%	30	1.7%	125	6.9%	4	0.2%	101	5.6%	20	1.1%	224	12.3%	33	1.8%	4	0.2%	129	7.1%	58	3.2%

出典：KDB

ウ) 特定健診受診率・特定保健指導実施率 (図表 12)

受診率は徐々に向上しているが、目標値である 60%には到達していない。保健指導については重症化予防の観点から、さらなる保健指導率の向上が求められる。

【図表 12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	修了者数	実施率	医療機関受診率	
								須坂市	同規模平均
H25年度	9509	4401	46.3%	42位	450	227	50.4%	53.1%	51.1%
H28年度	8867	4369	49.3%	46位	467	237	50.7%	53.1%	51.6%

※特定保健指導数については法定報告を用いた

出典：KDB

(2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全の重症化予防を進めてきた。

脳血管疾患、虚血性心疾患について増加傾向はみられず、予防に繋がったと思われる。しかし、慢性腎不全における透析費用の増加などの課題も依然として存在している。その背景として、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。また、適正な医療につなげるためには、住民自ら体の状態を確認できる機会として、特定健診は重要である。特定健診受診率、特定保健指導率の向上は重要な取り組むべき課題である。

2 第2期計画における健康課題の明確化

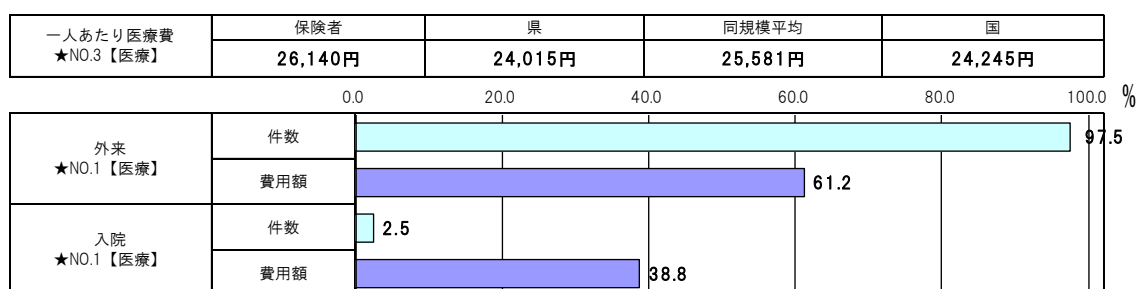
(1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

1) 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表 13)

須坂市の入院件数は2.5%で、費用額全体の38.8%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

【図表 13】

入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

出典：KDB

2) 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表 14)

高額レセプトのうち脳血管疾患と虚血性心疾患の割合は 13.7%を占めている。人工透析患者の割合は増加しており、国保だけで約 3 億円の費用を負担している。透析のうち糖尿病性腎症の割合は約半数となっている。

国民健康保険被保険者のうち 5,251 人である約 42%が高血圧、糖尿病、脂質異常などの生活習慣病の治療を受けている。脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の基礎疾患みると高血圧症の治療者が 75%を超えている。

【図表 14】

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (80万円以上レセ)	件数	538件	41件 7.6%	33件 6.1%	--
		費用額	7億8237万円	4486万円 5.7%	5948万円 7.6%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	714件	73件 10.2%	49件 6.9%	--
		費用額	2億9695万円	3485万円 11.7%	2317万円 7.8%	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	623件	136件 21.8%	155件 24.9%	308件 49.4%
		費用額	2億9529万円	7133万円 24.2%	7736万円 26.2%	1億3940万円 47.2%
厚労省様式	対象レセプト (H28.5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	5,251人	524人 10.0%	494人 9.4%	149人 2.8%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	395人 75.4%	376人 76.1%	112人 75.2%
			糖尿病	240人 45.8%	271人 54.9%	149人 100%
			脂質 異常症	315人 60.1%	327人 66.2%	93人 62.4%
		高血圧症	2,893人 55.1%	1,537人 29.3%	2,170人 41.3%	446人 8.5%
		糖尿病	1,537人 29.3%	2,170人 41.3%	446人 8.5%	

出典：KDB

3) 何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護保険認定者のレセプト分析では、基礎疾患として生活習慣病を持つ人の割合が高く、約 90%が糖尿病などを持っている。2号被保険者は約 80%が脳血管疾患を発症。2号被保険者および1号の若い年齢区分は特定健診対象者の年齢とも重なるため、血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防の観点からも重要である。

【図表 15】

何の疾患で介護保険を受けているのか

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計							
	年齢		40~64歳		65~74歳		75歳以上		計							
	被保険者数		17,492人		6,798人		6,945人		13,743人	31,235人						
	認定者数		38人		194人		1,975人		2,169人	2,207人						
	認定率		0.22%		2.9%		28.4%		15.8%	7.1%						
	新規認定者数		2人		5人		36人		41人	43人						
介護度別人数	要支援1・2		9	23.7%	43	22.2%	374	18.9%	417	19.2%	426	19.3%				
	要介護1・2		14	36.8%	68	35.1%	780	39.5%	848	39.1%	862	39.1%				
	要介護3~5		15	39.5%	83	42.8%	821	41.6%	904	41.7%	919	41.6%				
要介護突合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	有病状況	疾患	順位	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合	疾病	件数	割合			
			件数	--	25		156		1894		2050		2075			
		血管疾患	循環器疾患	1	脳卒中	20	80.0%	脳卒中	78	50.0%	脳卒中	837	44.2%	脳卒中	915	44.6%
				2	腎不全	5	20.0%	虚血性心疾患	25	16.0%	虚血性心疾患	534	28.2%	虚血性心疾患	559	27.3%
				3	虚血性心疾患	3	12.0%	腎不全	21	13.5%	腎不全	193	10.2%	腎不全	214	10.4%
		基礎疾患	糖尿病等	23	92.0%	糖尿病等	138	88.5%	糖尿病等	1698	89.7%	糖尿病等	1836	89.6%		
			血管疾患合計	合計	23	92.0%	合計	144	92.3%	合計	1745	92.1%	合計	1889	92.1%	
		認知症	認知症	4	16.0%	認知症	38	24.4%	認知症	843	44.5%	認知症	881	43.0%		
		筋・骨格疾患	筋骨格系	20	80.0%	筋骨格系	138	88.5%	筋骨格系	1718	90.7%	筋骨格系	1856	90.5%		

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1 【介護】

	0	2,000	4,000	6,000	8,000	10,000	円
要介護認定者医療費 (40歳以上)							7,662
要介護認定なし医療費 (40歳以上)							3,459

出典：KDB

(2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等の発症リスクが高まる。

須崎市においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも内臓脂肪の蓄積と高血圧によるものであることが推測される。

【図表 16】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する (厚生労働省様式6-2~6-7)

★NO.23 (概票)

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		49.4		24.1		47.5		1.8		
県	21,950	27.9	36,456	46.3	22,085	28.0	15,711	19.9	6,763	8.6	24,025	30.5	51,346	65.2	12,919	16.4	34,608	43.9	19,798	25.1	36,940	46.9	1,192	1.5	
保険者	合計	551	29.9	962	52.2	479	26.0	343	18.6	141	7.6	526	28.5	845	45.8	208	11.3	910	49.3	494	26.8	836	45.3	37	2.0
	40-64	168	34.9	237	49.2	152	31.5	133	27.6	37	7.7	102	21.2	163	33.8	74	15.4	204	42.3	151	31.3	243	50.4	5	1.0
	65-74	383	28.1	725	53.2	327	24.0	210	15.4	104	7.6	424	31.1	682	50.1	134	9.8	706	51.8	343	25.2	593	43.5	32	2.3
女性	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	20.6		17.3		16.2		8.7		1.8		17.0		55.2		1.8		42.7		14.4		57.2		0.2		
県	18,185	19.2	14,611	15.4	16,172	17.0	7,904	8.3	1,948	2.1	17,152	18.1	62,563	65.9	1,980	2.1	36,338	38.3	14,343	15.1	53,213	56.1	157	0.2	
保険者	合計	553	21.9	509	20.2	416	16.5	208	8.2	33	1.3	422	16.7	1,184	46.9	46	1.8	1,198	47.4	469	18.6	1,444	57.2	5	0.2
	40-64	164	23.1	130	18.3	103	14.5	71	10.0	5	0.7	77	10.8	247	34.8	10	1.4	227	32.0	126	17.7	403	56.8	0	0.0
	65-74	389	21.4	379	20.9	313	17.2	137	7.5	28	1.5	345	19.0	937	51.6	36	2.0	971	53.5	343	18.9	1,041	57.4	5	0.3

*全国については、有所見割合のみ表示

出典：KDB

【図表 17】

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握 (厚生労働省様式6-8)

★NO.24 (概票)

性別	健診受診者		腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
男性	合計	1,845	43.8	95	5.1%	362	19.6%	15	0.8%	262	14.2%	85	4.6%	505	27.4%	85	4.6%	20	1.1%	271	14.7%	129	7.0%
	40-64	482	29.3	29	6.0%	94	19.5%	2	0.4%	60	12.4%	32	6.6%	114	23.7%	12	2.5%	7	1.5%	65	13.5%	30	6.2%
	65-74	1,363	53.0	66	4.8%	268	19.7%	13	1.0%	202	14.8%	53	3.9%	391	28.7%	73	5.4%	13	1.0%	206	15.1%	99	7.3%
女性	合計	2,526	54.3	52	2.1%	179	7.1%	6	0.2%	136	5.4%	37	1.5%	278	11.0%	39	1.5%	7	0.3%	160	6.3%	72	2.9%
	40-64	710	41.4	22	3.1%	54	7.6%	2	0.3%	35	4.9%	17	2.4%	54	7.6%	6	0.8%	3	0.4%	31	4.4%	14	2.0%
	65-74	1,816	61.8	30	1.7%	125	6.9%	4	0.2%	101	5.6%	20	1.1%	224	12.3%	33	1.8%	4	0.2%	129	7.1%	58	3.2%

出典：KDB

(3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況 (図表 18)

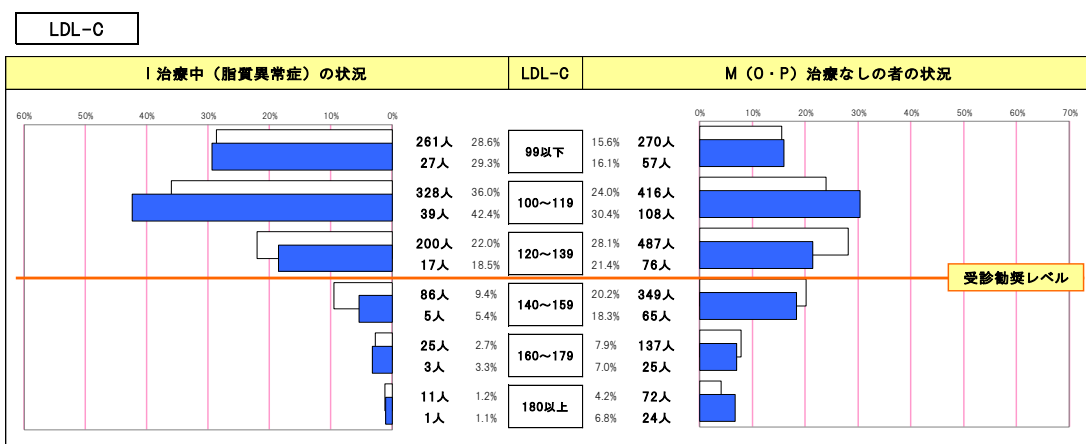
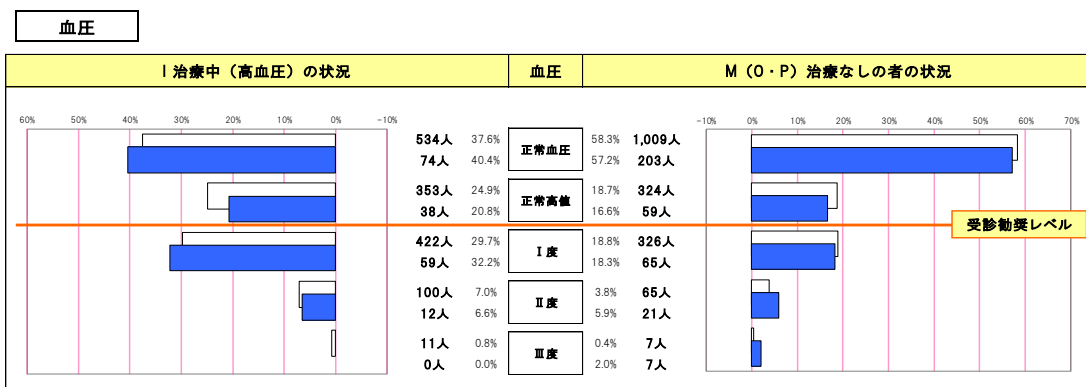
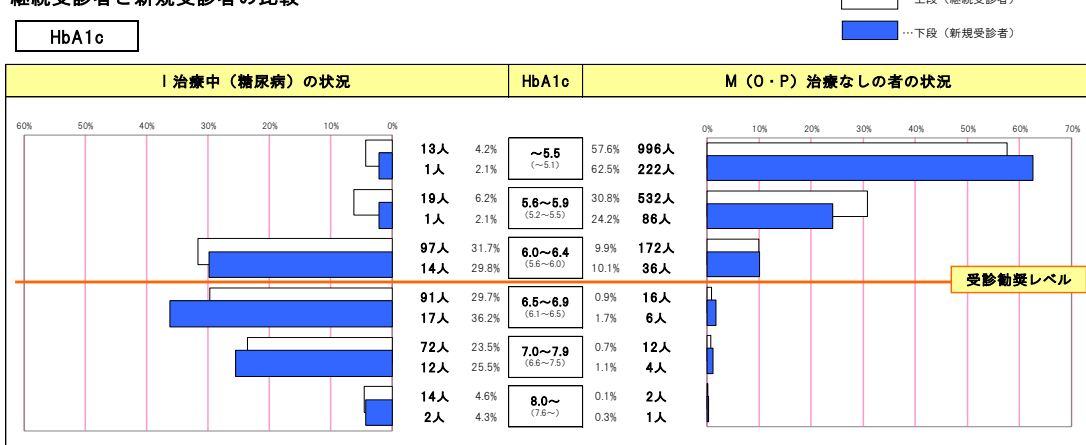
継続受診者と新規受診者の状況を比較すると糖尿病に関しては治療をしても値がコントロールできていない人が多い。

血圧、脂質に関しては治療でコントロールができてきている人が多い。

血糖では健診受診継続者の方が血糖のコントロールが良いことがうかがえる。

【図表 18】

継続受診者と新規受診者の比較

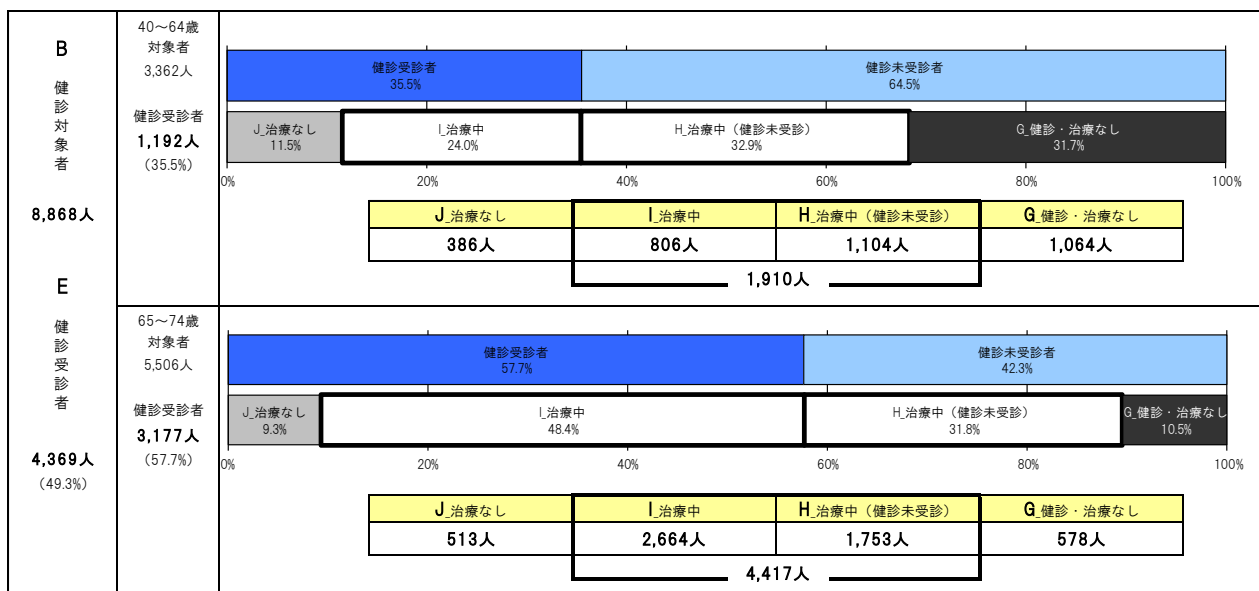


出典：H28 年度特定健診結果より 須坂市健康づくり課調べ

(4) 未受診者の把握 (図表 19 図表 20)

40～64歳の健診受診率をみると1,192人で35.5%と低い。特定健診受診率を上げるために、治療中で健診未受診者の「H」への働きかけが求められる。医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40～64歳の割合が31.7%と高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない状態である。また、健診受診者と未受診者の治療にかかっているお金でみても、健診を受診することは医療費適正化の面において有用であることがわかる。

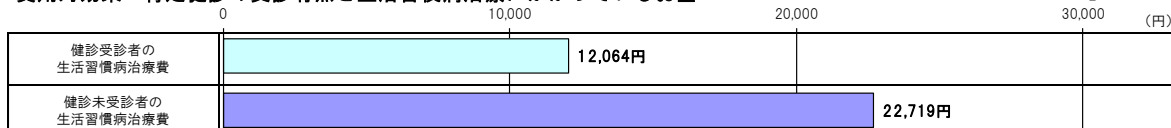
【図表 19】



【図表 20】

費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_③



出典：KDB

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

(5) 目標の設定

1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

医療費が高額となる疾患や 6 か月以上の長期入院となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を含む新規透析導入を減らしていくことを目標とする。35 年度には 30 年度と比較して、3 つの疾患をそれぞれ減少させることを目標にする。また、3 年後の平成 32 年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の 3 つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、医療費の伸びを抑えることを目標とする。

須坂市は、医療の受診率が高い一方で、入院医療費が伸びていることから、重症化予防に取り組み、治療を継続しながら、まずは入院費の伸び率を平成 35 年度に平成 30 年度並みとすることを目指す。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと高血圧、糖尿病があげられる。これらは、薬物療法と食事療法、運動療法を併用して治療を行うことが必要であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第 3 章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1 第3期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第1期及び第2期は5年を1期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第3期(平成30年度以降)からは6年1期として策定する。

2 目標値の設定

【図表21】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	50.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%
特定保健指導実施率	51.0%	52.0%	54.0%	56.0%	58.0%	60.0%

3 対象者の見込み

【図表22】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	9,213人	9,137人	8,908人	8,673人	8,614人	8,517人
	実施者数	4,607人	4,752人	4,811人	4,857人	4,997人	5,111人
特定保健指導	対象者数	490人	505人	511人	516人	531人	543人
	実施者数	245人	263人	276人	289人	308人	326人

4 特定健診の実施

(1) 実施方法

特定健康診査の受診は、各年度に一人1回とし、次のように実施する。

項目	内容
実施場所	・ 集団健診・・・地域公民館、公会堂、保健センター等 ・ 個別健診・・・契約医療機関
健診実施機関リスト	特定健診実施機関については、毎年度発行する須崎市健康カレンダーに掲載する。
対象	国民健康保険被保険者40～74歳の者

<p>実施項目</p>	<p>高齢者の医療の確保に関する法律第 28 条、及び実施基準第 16 条第 1 項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な健診項目 <ul style="list-style-type: none"> ①問診 ②身体計測 ③理学的検査（身体診察） ④血圧 ⑤脂質（中性脂肪、HDL コレステロール、LDL コレステロール） ⑥肝機能（GOT、GPT、γ-GPT） ⑦代謝（尿糖、空腹時血糖又はヘモグロビン A1c） ⑧腎機能（尿蛋白） ・ 詳細な健診項目 <p>詳細な健診項目については、一定の基準の下、健診実施機関の医師が必要と判断したものを選択して実施します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①心電図検査 ②眼底検査 ③貧血検査・・・全員実施（須坂市独自） ④血清クレアチニン検査（e-GFR）・・・全員実施（須坂市独自） ・ 追加健診項目 <ul style="list-style-type: none"> ①尿潜血・・・全員実施（須坂市独自）
<p>実施時期</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別健診期間は 6 月～10 月実施、集団健診は、10 月～1 月実施とし、予備日として土曜日に集団健診を実施します。
<p>特定健診実施機関</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 委託先 <p>「特定健診及び特定保健指導の実施に関する基準」（厚生労働省令）を遵守し、被保険者の利便性を考慮し委託先を選定します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ①集団健診・・・健診実施機関のうち十分な実施体制を有する機関より選定します。（随意契約） ② 個別健診・・・須高医師会に委託します。（随意契約）

契約形態	個別契約
医療機関との適切な連携	<ul style="list-style-type: none"> ・ 治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医の協力を得て、本人へ健診の受診勧奨について協力を得る。 ・ また、本人同意のもとで、保険者がかかりつけ医で実施された検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医との連携連携を検討する。
代行機関の利用	特定健診に係る費用の請求支払いについて長野県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。
周知や案内の方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 周知方法 市報すぎか、ホームページ、健診申込時のチラシ、被保険証更新時にチラシ同封、健診実施医療機関及び健診会場へのポスター掲示 ・ 案内方法 受診対象者全員に受診券を郵送し、案内文を添える。
受診結果	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個別健診 実施医療機関より通知 ・ 集団健診 本市より通知 ・ 医療機関への受診、生活改善に関する保健指導の実施 ・ 受診者全員に生活習慣に関する理解を深めるための情報や個人の生活習慣及びその改善に関する基本的な情報を提供。 ・ 市の実施する健康づくり事業の情報も併せて提供。

(2) 一部負担金について

受診者の一部負担金については、70歳以上を無料としていたが、必ずしもインセンティブ要因として機能していない実態があるため、下記のとおり見直しをおこなう。

70歳以上無料を廃止し、40歳以上節目年齢を無料にする。

見直し後の一部負担金無料者

- ① 40歳・50歳・60歳・70歳の被保険者
- ② 市民税非課税世帯の被保険者
- ③ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等および特定配偶者の自立支援に関する法律による支援給付対象の方
- ④ 生活保護世帯の方
- ⑤ 身体障がい者手帳、精神障がい者保健福祉手帳、療育手帳を所持する被保険者

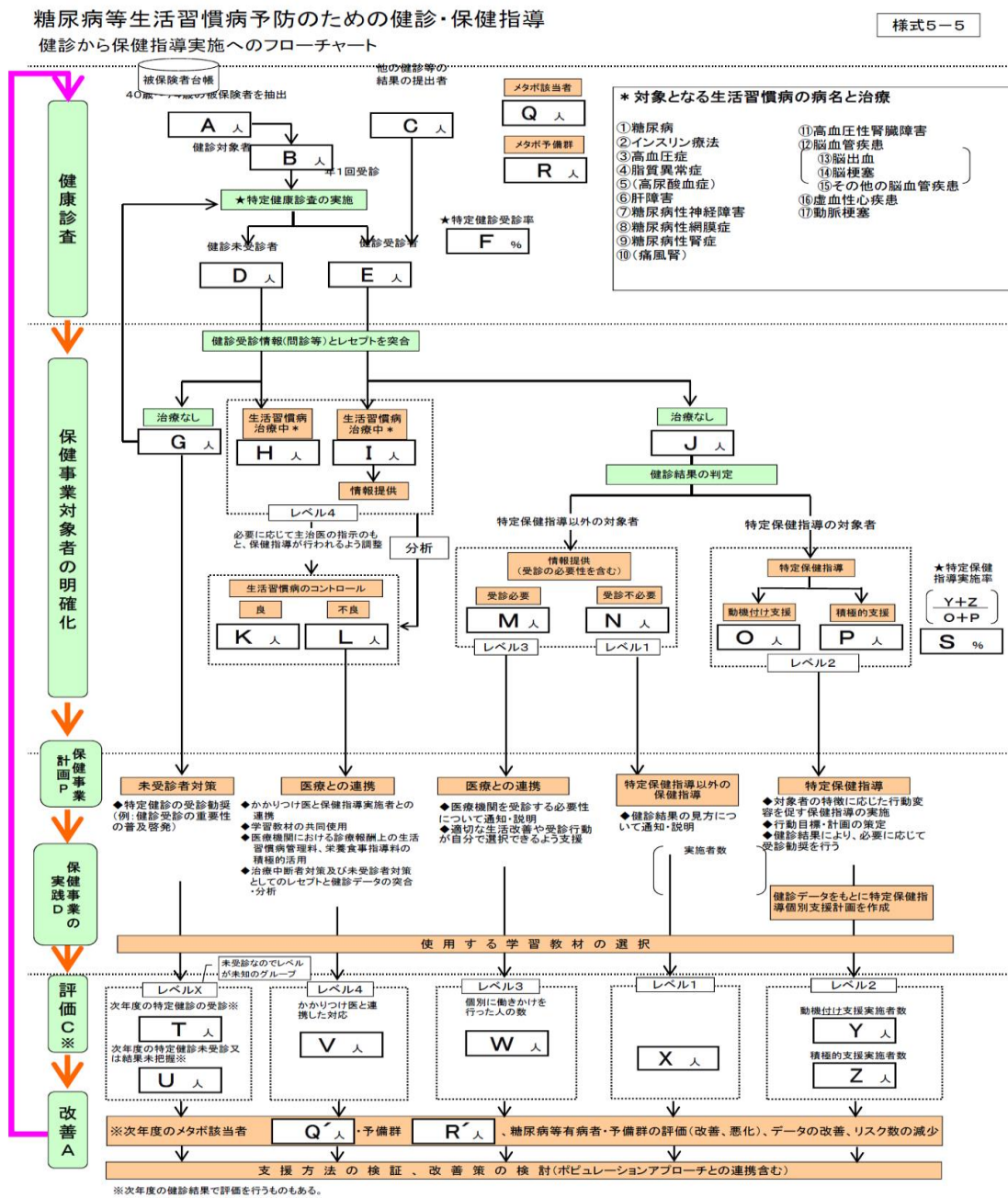
5 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直営実施とする。

(1) 健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】



(2) 保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法 (図表 24)

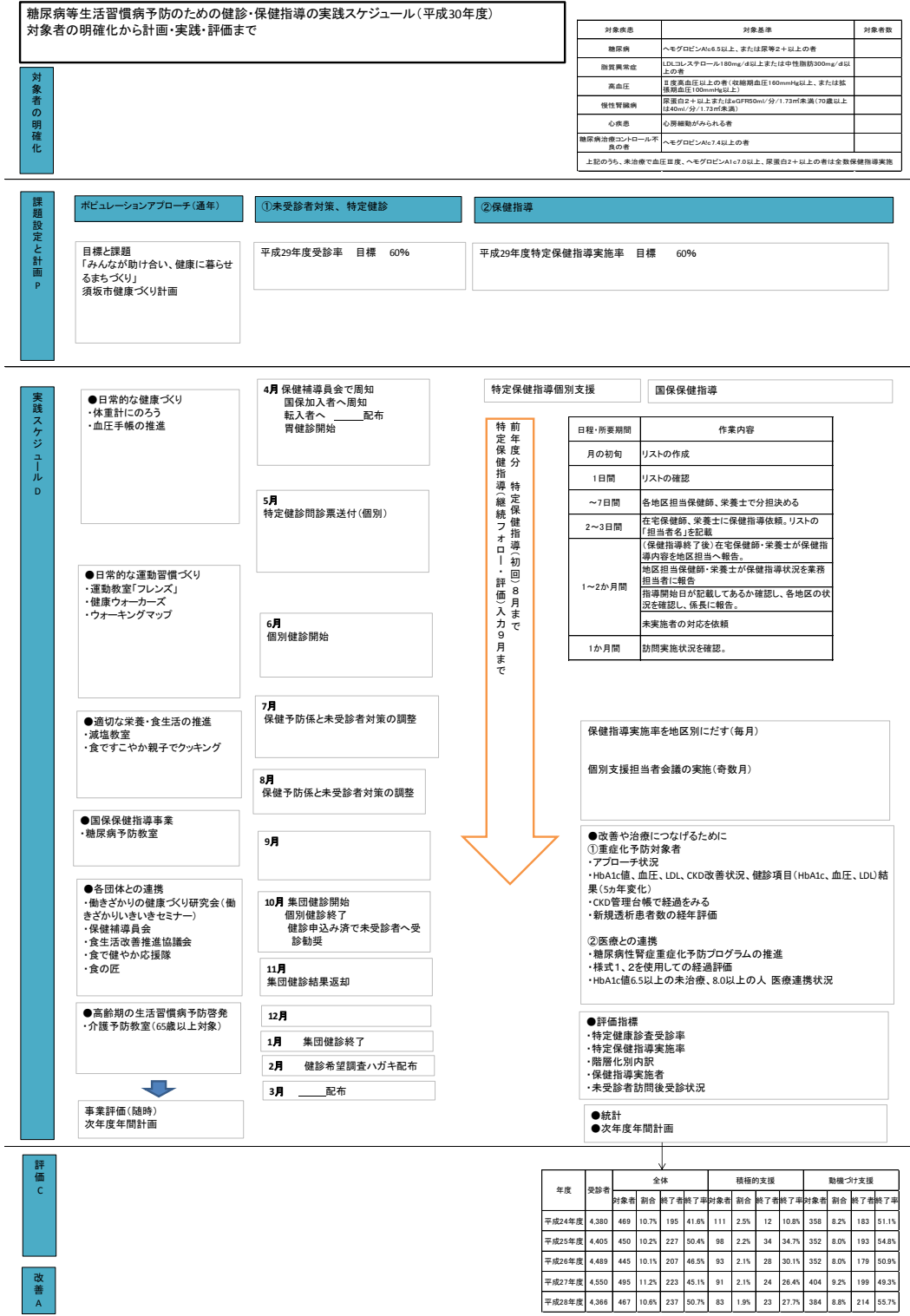
【図表 24】

優先順位	様式 5-5	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%) 下の値は 27 年度値	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O: 動機付け支援 P: 積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	534 人 (11.2)	60%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	977 人 (20.5)	ハイリスク者については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨(例: 節目年齢対象者への電話勧奨)	5,423 人 ※受診率目標達成までにあ と 1,346 人	60%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	920 人 (19.3)	
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	2,338 人 (49.0)	

(3) 生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とPDCAサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。(図表 25)

【図表 25】



6 個人情報の保護

(1) 基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および須坂市個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2) 特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで行う。

7 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 10 月に報告する。

8 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、須坂市ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

1 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く市民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

2 重症化予防の取組

(1) 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書（平成29年7月10日 重症化予防（国保・後期広域）ワーキンググループ）及び長野県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- ①健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- ②治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- ③糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

ア) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたっては長野県プログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - A) 糖尿病性腎症で通院している者
 - B) 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

イ) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」（糖尿病性腎症合同委員会）を基盤とする。（図表 27）

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上 ^{注2}
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299) ^{注3}	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上 ^{注4}
第4期 (腎不全期)	問わない ^{注5}	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。須坂市においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド 2012 では尿アルブミン定量 (mg/dl) に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行う。(図表 28)

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より須坂市における介入方法を以下の通りとする。

優先順位 1

【受診勧奨】

1. 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者 (F)
2. 糖尿病治療中であったが中断者 (オ・キ)
 - ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位 2

【保健指導】

- ・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者 (ク)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

優先順位 3

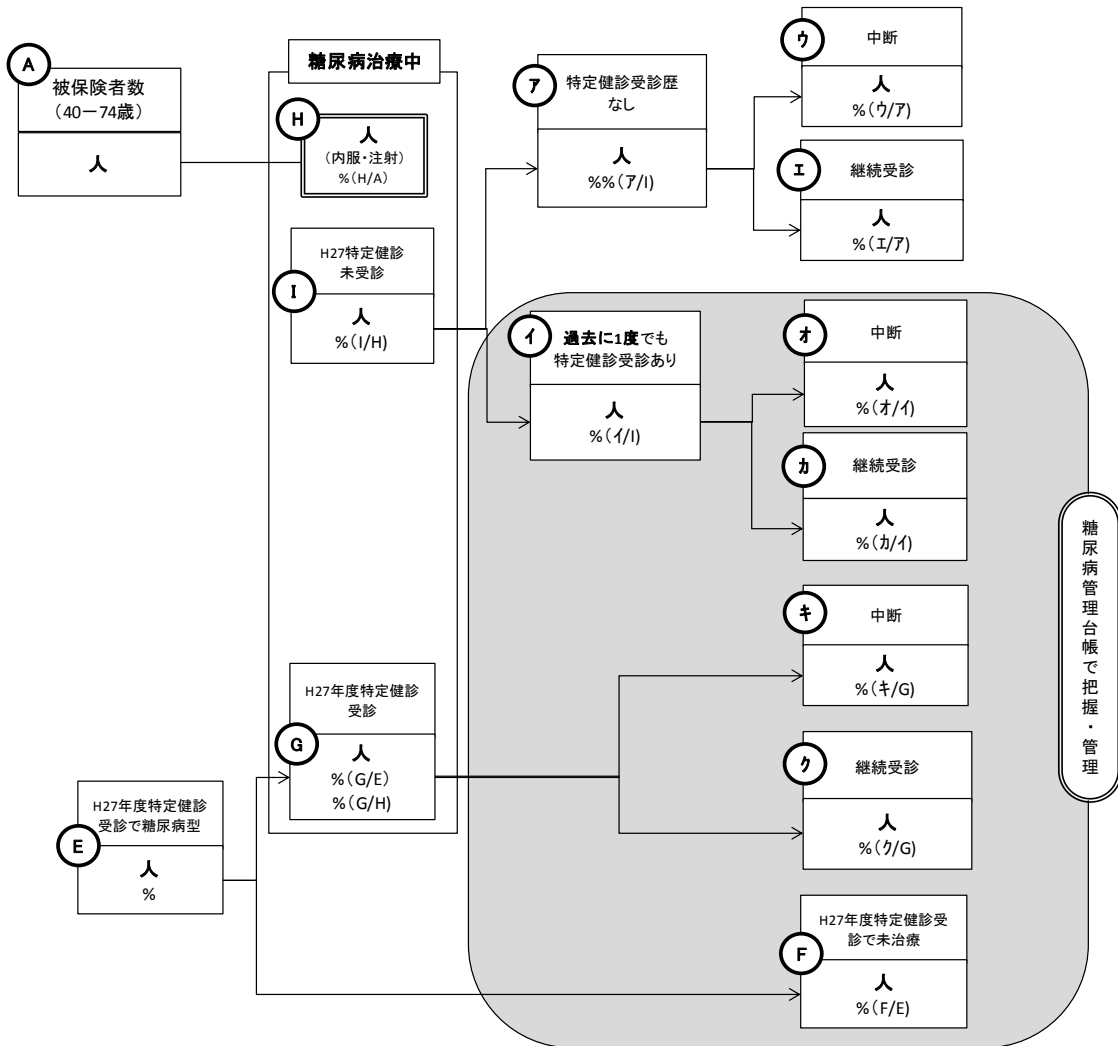
【保健指導】

- ・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者 (カ)
- ・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応
- ・医療機関と連携した保健指導

糖尿病重症化予防のための対象者の明確化(レセプトと健診データの突合)

【図表 28】

※「中断」は3か月以上レセプトがない者



3) 対象者の進捗管理

(ア) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳及び年次計画表で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

- ① 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c 6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

* HbA1c 6.5%以下でも糖尿病治療中の場合は記載

* HbA1c 6.5%以下でも空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上も記載する

* 当該年度の健診データのみだけでなく過去 5 年間のうち特定健診受診時に HbA1c 6.5%以上になった場合は記載する

記載項目：HbA1c 血圧 体重 eGFR 尿蛋白

- ② 国保資格を確認する

- ③ レセプトを確認し情報を記載する

(ア) 治療状況の把握

- ・ 特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
- ・ 糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
- ・ データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
- ・ がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

- ④ 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

- ⑤ 担当地区の対象者数の把握

(ア) 未治療者・中断者（受診勧奨者）

(イ) 腎症重症化ハイリスク者（保健指導対象者）

4) 保健指導の実施

ア) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・重症化の予防には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。須坂市においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。

(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ…～ ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 } 6.0%未満 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょう？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況をみて糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択 25. 薬は体のもともとの働きを助けたりおさえたりして血糖を調節しています 26. ビグアナイド薬とは 27. チアゾリジン薬とは 28. SGLT2阻害薬とは

5) 医療との連携

(ア) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に須高医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(イ) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては長野県プログラムに準じ行っていく。

6) 高齢者福祉課との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は高齢者福祉課、地域包括支援センター等と連携していく。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式6-1糖尿病性腎症取組評価表を用いて行う。

(ア) 短期的評価

① 受診勧奨者に対する評価

- a. 受診勧奨対象者への介入率
- b. 医療機関受診率
- c. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

- a. 保健指導実施率
- b. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較
 - HbA1cの変化
 - eGFRの変化（1年で25%以上の低下、1年で5ml/1.73m²以上低下）
 - 尿蛋白の変化
 - 服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7月～結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。記載後順次対象者へ介入（通年）

(2) 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。

2) 対象者の明確化

(ア) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。

(イ) 重症化予防対象者の抽出

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図に ST-T 異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル：日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見において ST 変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見があった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。須坂市において健診受診者 4,556 人のうち心電図検査実施者は 1,311 人 (28.8%) であり、そのうち ST 所見があったのは 24 人であった (図表 30)。ST とはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

須坂市は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため、より多くの受診者に心電図検査の実施が望まれる。

【図表 30】

心電図検査結果

	健診受診者(a) (人)	心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他の所見(d)		異常なし(e)	
		(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)	(人)	(e/b)(%)
平成28年度	4,556	1,311	28.8%	24	1.8%	361	27.5%	926	70.6%

3) 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表 31 の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

虚血性心疾患に関する症状

【図表 31】

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う
--

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3~5分程度 (休むとよくなる)	数分~20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(イ) 対象者の管理

虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病、慢性腎臓病疾患の糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳に合併症の有無として虚血性心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

ア) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDLコレステロール等重症化予防対象者の減少で確認していく。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

5月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

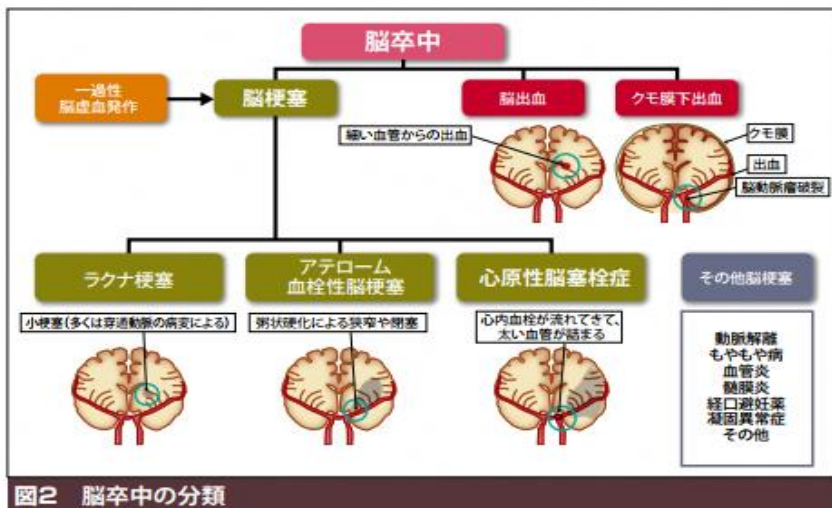
(3) 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 32、33)

【脳卒中の分類】

【図表 32】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 33】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(ア) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 34 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表 34】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●			○	○	
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●	○	○	
脳出血	脳出血	●			○	○	
	くも膜下出血	●					
リスク因子(○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常症	メタボリック	慢性腎臓病(CKD)	
特定健診受診者における重症化予防対象者(受診者数 4,556人)		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中:7.0以上)	LDL-C 180mg/dl以上	メタボ該当者 (2項目以上)	蛋白尿 (2+)以上	eGFR50未満 70歳以上 40未満
対象者数		261	244	144	804	45	96
治療なし		134	136	131	138	10	17
治療あり		127	108	13	666	35	79
臓器障害あり		19	19	13	20	10	17
CKD(専門医対象)		3	4	3	3	10	17
尿蛋白(2+以上)		0	2	0	1	10	3
尿蛋白(+and尿潜血(+)		2	1	2	0	0	0
eGFR50未満(70歳以上は40未満)		1	2	1	3	3	17
心電図所見あり		16	16	10	17	0	2

出典：H28 年度特定健診 健康づくり課調べ

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が261人であり、134人は未治療者であった。また未治療者のうち19人は臓器障害の所見が見られたため早急な受診勧奨が必要である。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も127人いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(イ) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 35)

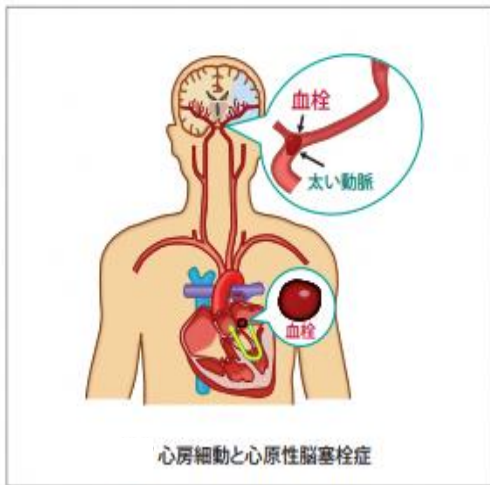
保健指導対象者の明確化と優先順位の決定								【図表 35】		
血圧に基づいた脳心血管リスク層別化										
特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）										
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	血圧分類 (mmHg)	至適 血圧	正常 血圧	正常高値 血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	低リスク群	中リスク群	高リスク群
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
	2,844	916	701	536	557	119	15	31	310	350
		32.2%	24.6%	18.8%	19.6%	4.2%	0.5%	1.1%	10.9%	12.3%
リスク第1層	336	187	70	43	31	4	1	31	4	1
		11.8%	20.4%	10.0%	8.0%	5.6%	3.4%	6.7%	100%	1.3%
リスク第2層	1,540	502	391	275	306	61	5	--	306	66
		54.1%	54.8%	55.8%	51.3%	54.9%	51.3%	33.3%	--	98.7%
リスク第3層	968	227	240	218	220	54	9	--	--	283
		34.0%	24.8%	34.2%	40.7%	39.5%	45.4%	60.0%	--	--
再掲 重複あり	糖尿病	236	45	63	53	63	12	0		
		24.4%	19.8%	26.3%	24.3%	28.6%	22.2%	0.0%		
	慢性腎臓病 (CKD)	434	113	113	93	90	20	5		
		44.8%	49.8%	47.1%	42.7%	40.9%	37.0%	55.6%		
	3個以上の危険因子	509	98	108	129	134	34	6		
		52.6%	43.2%	45.0%	59.2%	60.9%	63.0%	66.7%		

(参考) 高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

図表 35 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(ウ) 心電図検査における心房細動の実態

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 36 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。



(脳卒中予防の提言より引用)

健診受診者 数 4,556人	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循疫学調査	
	男	女	男	%	女	%	男%	女%
合計	587	724	18	3.1	3	0.4	-	-
40歳代	34	34	0	0	0	0	0.2	0.04
50歳代	55	62	1	1.8	0	0	0.8	0.1
60歳代	246	299	9	3.7	0	0	1.9	0.4
70-74歳	252	329	8	3.2	3	0.9	3.4	1.1

出典：H28 年度特定健診 健康づくり課調べ

心電図検査において21人が心房細動の所見であった。有所見率を見ると年齢が高くなるにつれ増加していた。特に60代においては日本循環器学会疫学調査と比較しても高いことがわかった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにもより多くの方に心電図検査の実施が望まれる。

3) 保健指導の実施

(ア) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(イ) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。

② 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門（介護保険部局）との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(ア) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少率で確認していく。

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

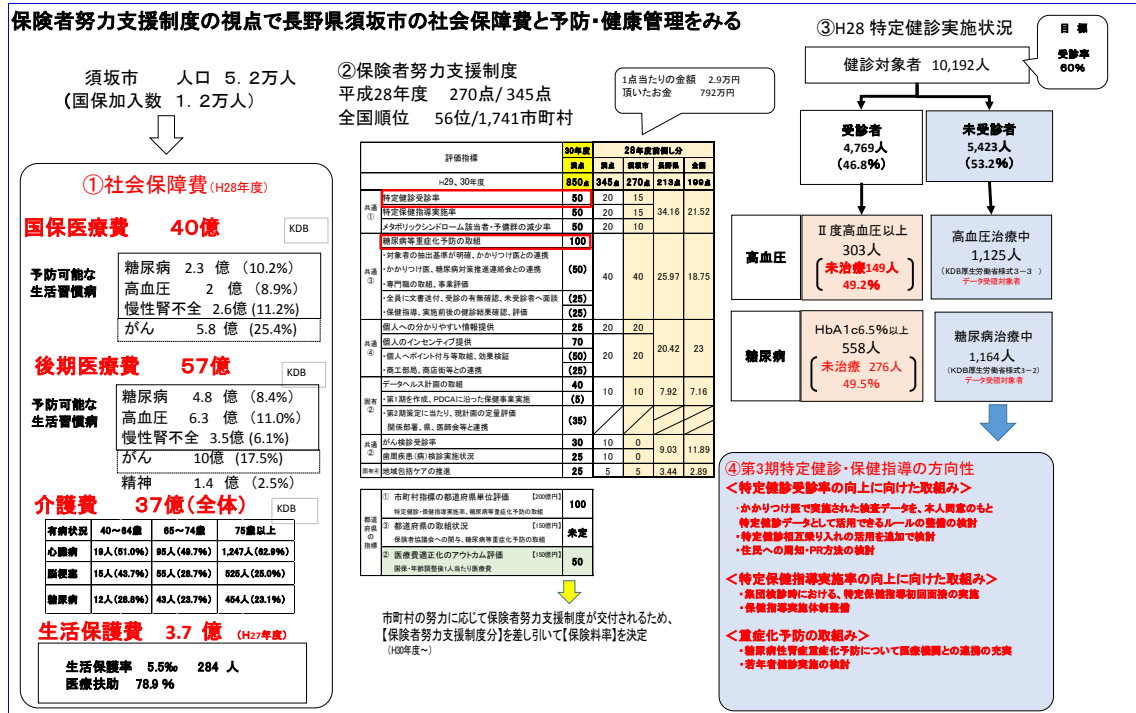
5月 対象者の抽出（概数の試算）、介入方法、実施方法の決定

7月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入（通年）

3 ポピュレーションアプローチ

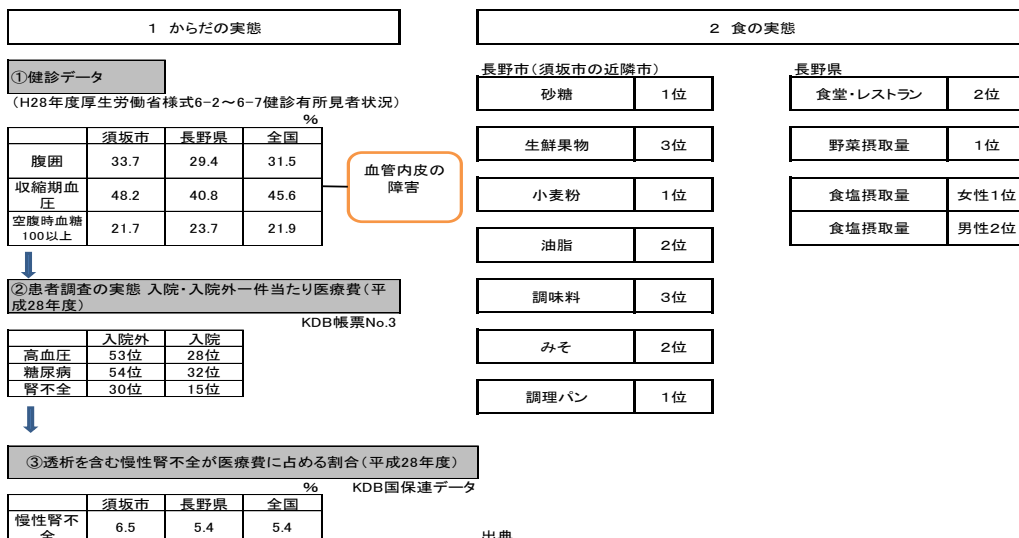
ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く市民へ周知していく。(図表 37・38)

【図表 37】



【図表 38】

須坂市の健診結果と生活を科学的に解明する



出典
総務省統計局 平成26年経済サイエンス基礎調査(細分類・全事業所)
厚生労働省 平成28年度国民・健康栄養調査結果

第5章 地域包括ケアに係る取組

「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、市民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく市民を増やしていくことにつながる。

第6章 計画の評価・見直し

1 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	<ul style="list-style-type: none">・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む)・保健指導実施のための専門職の配置・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	<ul style="list-style-type: none">・保健指導等の手順・教材はそろっているか・必要なデータは入手できているか。・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	<ul style="list-style-type: none">・特定健診受診率、特定保健指導率・計画した保健事業を実施したか。・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	<ul style="list-style-type: none">・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちにに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや広報誌を通じた周知のほか、地域の医師会等などの関係団体経由で医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を策定する等の工夫が必要である。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内等での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取扱いが確保されるよう措置を講じる。